



## Certificato medico che attesta l'idoneità a svolgere attività di volontariato con l'Associazione Provinciale di soccorso Croce Bianca

|                      |                   |             |  |
|----------------------|-------------------|-------------|--|
| Cognome:             | Nome:             | Nato a / il |  |
|                      |                   |             |  |
| Residente in:        | Via:              |             |  |
| Tel. privato:        | Tel. lavoro:      |             |  |
| Numero di cellulare: | Indirizzo e-mail: |             |  |

L'idoneità sanitaria per l'attività di volontariato in Croce Bianca non viene data se la persona sopra citata è affetta da una grave malattia:

- riduzione delle prestazioni fisiche in caso di malattie cardiovascolari o polmonari
- malattie metaboliche e disturbi del sistema endocrino (ad esempio diabete mellito mal controllato)
- grave compromissione della vista e dell'udito
- è presente una malattia da dipendenza
- malattie neurologiche come alterazione della coscienza, alterazione dell'equilibrio, epilessia...
- gravi limitazioni dell'apparato muscolo-scheletrico (soprattutto nell'area della colonna vertebrale e dei dischi intervertebrali)
- ernie pronunciate della parete addominale

La persona sopracitata è stata sottoposta a un esame fisico ed è fisicamente e mentalmente idonea a svolgere attività di volontariato in Croce Bianca:

|                             |                               |                                     |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> * | Limitato * <input type="checkbox"/> |
| *Nota:                      |                               |                                     |

La persona sopracitata è esente da malattie infettive contagiose:

|                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Sì <input type="checkbox"/> | No * <input type="checkbox"/> |
| *Nota:                      |                               |



|                 |              |                    |
|-----------------|--------------|--------------------|
| <b>Cognome:</b> | <b>Nome:</b> | <b>Nato a / il</b> |
|                 |              |                    |

**La persona sopracitata presenta la seguente patologia:**

|                                  |                            |               |
|----------------------------------|----------------------------|---------------|
| Cuore/Circolazione               | <input type="checkbox"/> * | <b>*Nota:</b> |
| Polmoni                          | <input type="checkbox"/> * |               |
| Metabolismo/endocrinologia       | <input type="checkbox"/> * |               |
| Malattia neurologica             | <input type="checkbox"/> * |               |
| Sistema muscoloscheletrico       | <input type="checkbox"/> * |               |
| Allergia                         | <input type="checkbox"/> * |               |
| Medicazione continua (opzionale) | <input type="checkbox"/> * |               |
| Altro                            | <input type="checkbox"/> * |               |

**La persona sopracitata è idonea a svolgere attività di volontariato presso la Croce Bianca:**

|                             |                               |                                     |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> * | Limitato * <input type="checkbox"/> |
| <b>*Nota</b>                |                               |                                     |

### Il richiedente

- si impegna ad informare immediatamente il direttore sanitario di qualsiasi cambiamento del proprio stato di salute
- è stato sufficientemente informato sulle possibili malattie infettive e sulle vaccinazioni raccomandate

|              |  |                                  |  |
|--------------|--|----------------------------------|--|
| <b>Data:</b> |  | <b>Timbro e firma del medico</b> |  |
|--------------|--|----------------------------------|--|

|              |  |                              |  |
|--------------|--|------------------------------|--|
| <b>Data:</b> |  | <b>Firma del richiedente</b> |  |
|--------------|--|------------------------------|--|

|              |  |  |  |
|--------------|--|--|--|
| <b>Data:</b> |  | <b>Timbro e firma del Direttore Sanitario Croce Bianca</b> |  |
|--------------|--|--|--|